مجلة دراسات وأبحاث اقتصادية في الطاقات المتجددة
ISSN 3292-5353/E-ISSN 2661-7528
المجلد: 06، العدد: 02- ديسمبر 2019، ص.ص: 117-135

تضخم التكلفة الاستشفائية بحسب اختلاف أنماط التسعير في المستشفيات
Hospital cost inflation according to the different pricing patterns in hospitals

د. العلواني عديلة ، أستاذ محاضر قسم –أ-، جامعة بسكرة، الجزائر[1]

تاريخ إستلام المقال:2018/08/07، تاريخ القبول: 2019/06/04، تاريخ النشر: 2019/12/31

الملخص:

تعد المستشفيات أحد مكونات النظام الصحي التي تقدم الخدمات الإستشفائية داخل المجتمعات، ونظرا لما يجب أن يتوفر للمستشفيات من إمكانيات مادية وفنية وتكنولوجية ضخمة لضمان تقديم خدماتها للمواطنين بشكل يتناسب مع دورها داخل المنظومة الصحية إرتفعت تكاليف المستشفيات بشكل ملحوظ أدى بالعديد من المهتمين وخاصة الجهات الممولة لها بالبحث عن أنماط التسعير التي تضمن ترشيد إستخدام الخدمات الإستشفائية قدر الإمكان من أجل تخفيض تكاليف المستشفيات مع ضمان خدمات ذات نوعية جيدة.

الكلمات المفتاحية: تضخم التكلفة – أنماط التسعير - المستشفيات

Résumé:

On considère les hôpitaux parmi les composants nécessaire du système de la sante, qui sont fournées des prestations hospitalières à la société, et parce que il ont obligé de garantir une service avec bonne qualité d'un manière adapter à leur responsabilité dans la système de santé, il fallait fournée les hôpitaux aux ressources matérielle, techniques et technologique immenses afin attendre à leur objective, mais le cout hospitalière a connu un augmentation remarquable qui a mené les parties concerné et particulièrement les organismes financiers de chercher des types de tarification qui garantiraient la rationalisation de l'utilisation des prestation hospitaliers en garantissant des prestation de très bonne qualité.

Mots clés: augmentationdescouts - types de tarification -les hôpitaux

[1] . الإيميل المرسل: العلواني عديلة، الايميل: lal.adila@yahoo.fr

مقدمة:

يعتبر المستشفى في الوقت الحديث هيئة معقدة التركيب فهو يحتوي على أنظمة داخلية متعددة ومستمرة التطور، كما يستخدم عناصر بشرية ذات تخصصات مهنية وفنية متعددة، وتكنولوجيات ضخمة تستجيب لتقنيات الطب الحديث، أدت كنتيجة إلى تزايد متسارع في التكاليف الإستشفائية، ومنه يمكن طرح الإشكال التالي:

كيف يمكن للمستشفى من أن يحسن كفاءته وفعاليته مع ضمان خفض لتكاليفه بإختيار أنماط التسعير الملائمة؟

أولا- نظرة عامة عن المستشفيات:

1- تعريف المستشفى:

المستشفى هو جزء من النظام الاجتماعي الطبي وظيفته تقديم خدمات الرعاية الصحية كاملة تشمل الخدمات العلاجية والوقائية وتمتد خدماته الصحية الخارجية إلى العائلات في بيوتها وهو كذلك مركز لتدريب القوى العاملة الصحية والقيام بالبحوث.[1] ويستخلص من التعريف أن المستشفى هو نظام فرعي من نظام صحي واجتماعي كبير ومعقد،حيث أن الصحة هي مفهوم شامل بينما النظام الصحي يشكل أحد المكونات التي تؤثر على صيانة وحفظ الصحة بمفهومها الشامل.

أ- تأثير المستشفى على الصحة:

إن النظام الصحي نظام كبير ومعقد يشمل على العديد من المنظمات والمنشآت ومجموعة ضخمة ومتنوعة من المهنين والمحترفين، ويشكل المستشفى جزءا فرعيا من النظام الصحي الكلي، وعلى ذلك فإن الخدمات التي تقدمها المستشفيات تشكل فقط أحد المدخلات العديدة المؤثرة على الصحة وتشمل العوامل الوراثية والبيئية والسلوكية والخدمات الصحية.[2]

ب- وظائف المستشفى:

المستشفى يعد أول مؤسسة للخدمات العلاجية، بالإضافة لذلك فهو يؤمن للمرضى الإقامة والغذاء والمساعدات الاجتماعية والمعنوية ويهدف إلى تحقيق احتياجاتهم بتكييف خدماته مع حاجات السكان،فالمستشفيات تشغل وظائف مختلفة منها:[3]

ب-1/الوظيفة السوسيو اقتصادية:

إن الوظيفة الأولى والأساسية للمستشفى هي بطبيعة الحال معالجة المرضى عن طريق علاجات ذات جودة وبدون قائمة انتظار، كما يجب على المستشفى في نفس الوقت أن يشغل مهام أخرى مثل التعليم والبحث لإنجاز الخدمات الصحية الأخرى، من جانب آخر فإن المستشفى مدمج في وسط سوسيو اقتصادي وسياسي محلي يمارس وظائف اقتصادية أساسية ونشاطاته تساهم في تنشيط المحيط الاجتماعي، وهو يلعب دور في جلب انتباه المواطنين والباحثين وهو بذلك يعد عنصر فاعل في التطور الاقتصادي.

ب-2/الاستشفاء:

وهو التكفل بالمريض بوقت كامل أي بمعنى في الليل والنهار وهذا يمثل الوظيفة الأساسية للمستشفى، وقد انخفض التكفل الاستشفائي بالمريض كليا خلال العشر سنوات الأخيرة، حيث أن عدد الأسرة انخفض بشكل كبير في المستشفيات والمرض أصبحوا يتلقون علاجا مكثفا خلال فترة قصيرة جدا، كما أن فترة الإقامة في حالات الأمراض الدقيقة انخفض بشكل معتبر.

ب-3/العلاجات التنقلية:

هي في مجموعها سلسلة من النشاطات التي تحوي فحوصات الأطباء المتخصصين، خدمات الاستعجالات، وبعض العلاجات الخاصة مثل: تصفية الكلى، المعالجة الكيميائية والجراحة المتنقلة "جراحة النهار" هذه النشاطات قد تطورت بشكل أساسي منذ بداية الثمانينات خاصة بفضل التطور التقني في مجال الكشف والمعالجة، وقد تطورت العلاجات التنقلية بفضل التقنيات الحديثة للتخذير والجراحة والمقصود تدخلات جراحية

غير استعجالية والتي تجري في المستشفى خلال فترة لا تتجاوز 12 ساعة من الدخول حتى الخروج، ويلاحظ أن هناك تطور محسوس في الجراحات التنقلية التي ظهرت عن طريق خلق خدمات صحية مزودة خصوصا بالجراحة في النهار.

ب-5/ الوظيفة البحثية:

يقوم المستشفى بالبحث في مجال العلوم الطبية والبحوث الأخرى لإثرائها لما في ذلك من تحسين في خدمات الرعاية والعلاج للمرض،حيثلابدعليه من القيام بدوره في مجال البحث العلمي.ويمكن تقسيم البحوث التي تقوم بها المستشفيات إلى بحوث طبية وبحوث إدارية؛ حيثتشملالأوللفحوصات و البحوث المخبرية التي تتطلبها عملية علاج المرض كما تشمل البحوث الطبية المخططة والهادفة إلى تحسين عملية رعاية المرضى وعلاجهم.[4]

2- أنواع المستشفيات:

ويمكن تصنيف المستشفيات وفقا لمعايير عديدة حيث يتم التركيز على معياران هما:[5]

أ- معيار الملكية والإدارة: المقصود هنا الجهة التي تملك وتدير المستشفى وتقسم المستشفيات حسب هذا المعيار إلى:

✓ **مستشفيات حكومية (عامة):** وهي كافة المستشفيات التي تعتمد في تمويلها على المال العام للدولة وهذه المستشفيات قد تتبع جهات حكومية متعددة كوزارة الصحة والداخلية والدفاع، والبحرية وغيرها من الجهات الرسمية.

✓ **المستشفيات الخاصة:** وتشمل كافة المستشفيات التي تتبع ملكيتها القطاع الخاص حيث يتم إدارة وتمويل هذه المستشفيات من قبل القطاع الخاص وهذه المستشفيات قد تكون مملوكة من قبل الأفرادأومؤسساتأواتحادات أو جمعيات خيرية.

ب- معيار الملكية حسب الحجم والنشاط: باستثناء المستشفيات الجامعية فالمستشفيات في الواقع مصنفة في العديد من الدول إلى ثلاثة أنواع رئيسية هي: المستشفيات المشتركة أو المحلية، مستشفيات الصحة الأولية وتسمى بالمراكز الصحية التي تنتميإلى قطاع العمومي، القطاع الثالث وهي المنشأة المرجعية وهذا كمايلي:[6]

✓ **المستشفيات المشتركة:** هي مؤسسة صغيرة تتكون غالبا من أقل من 50 سرير ولا تعرض سوى تشخيصات قاعدية وعلاجات تمريضية، وغالبا ما يبرر وجودها بوجود مشاكل وتعقيدات للوصول إلى مستوى أعلى من الاستشفاء.

✓**مر اكز الاستشفاء:** وهي المستشفيات التي تقع في المقاطعات ولها حجم متوسط يحوي من 200 إلى 500 سرير نشط، ويتوفر عموما على الاختصاصات القاعدية الثلاثية(الطبية الجراحية،التوليدية) بعض التخصصات الخاصة بالطفولة والإنعاش، كما تتوفر على استوديو تقني كامل للصور والإشعاعات والمخابر و أحيانا مصلحة للاستعجالات والجراحة التنقلية.

✓ **مستشفيات القطاع الثالث:** وهم المحولين من المنشأة المرجعية وهي تقبل المرضى المرسلين من مستشفيات العلاج الثانوية، وهذه المستشفيات تقدم خبرة طبية بمستوى عالي ولها خبرات فنية متخصصة، مثل: جراحة القلب وجراحة الأعصاب وعلاج أمراض السرطان المتقدم وخدمات زرع الأعضاء، وهذا النوع غالبا ما يصعب تسييره كما يعتبر عمله مكلف.

✓ **المستشفيات الجامعية:** هي نوع من المستشفيات التي تلحق بكليات الطب وتعتبر من المنشآت الجامعية ويديرها أعضاء هيئة التدريس بكلية الطب، وهذا النوع من المستشفيات لديه نفس النمط مع المستشفيات العامة، وا ن كانت بها بعض الأقسام التعليمية الواسعة نسبيا مثل:المشرحة، قسم الحو ادث والجراحة.

وهي تستقبل حالات مختلفة لعلاجها وتعتبر الجانب العملي من الدراسة لكلية الطب، حيث يشاهد الطلبة في الواقع الحالات والإصابات التي يقوم بعلاجها أعضاء هيئة التدريس.

3- الخدمات الصحية: يمكن تقسيم الخدمات الصحية إلى قسمين رئيسيين:[7]

- الخدمات الصحية العلاجية: وتشمل على خدمات التشخيص والعلاج، سواء تم ذلك بالعلاج الدوائيالمباشر داخل المنزل أوتم من خلال خدمات صحية تحتاج رعاية سريرية

داخل المستشفيات، أو تم ذلك بالتدخل الجراحي التقليدي أو المعاصر، بالإضافة إلى خدمات الرعاية الصحية الأخرى.

- **الخدمات الصحية الوقائية:** وهي الخدمات الصحية المرتبطة بصحة المجتمع، أو بما يمكن أن نطلق عليه بالخدمات الصحية البيئية حيث ترتبط تلك الخدمات بالحماية من الأمراض المعدية والأوبئة، والحماية من التدهور الصحي الناتج عن سلوك الأفراد غير الواعي، وهي خدمات صحية مانعة تهدف إلى وقاية الفرد من التعرض للمرض ويطلق عليها خدمات صحية وقائية تشمل خدمات التطعيم ضد الأمراض خدمات حماية الأمومة والطفولة....الخ.

- **الخصائص الاقتصادية للخدمات الصحية:** تتسم الخدمات الصحية بصفات اقتصادية عديدة، بعضها ينصرف إلى جانب الطلب، والبعض الآخر ينصرف إلى جانب العرض، وتتمثل الخصائص الاقتصادية للخدمات الصحية في الآتي[8]:

✓ **الخدمات الصحية تعد سلعا جماعية:** فالسلع الجماعية هي تلك السلع التي يرى المجتمع أنها تقدم منافع ليس فقط للفرد الذي يستهلكها، ولكن للمجتمع ككل، وينطبق ذلك على الخدمات الصحية، إذا أن تحسن صحة الفرد لايفيد هذا الفرد فقط، ولكنه يفيد الأسرة والأصدقاء وصاحب العمل، أي أن الخدمات الصحية تولد انتشار خارجي موجب.

✓ **الطلب على الخدمات الصحية يعد طلب مشتق:** اصطلاح الطلب المشتق عادة يكون على السلع التي لا تطلب للاستهلاك المباشر، ولكنها تستخدم في صناعة منتجات أخرى من أجل الاستهلاك النهائي، إذا أن الزيا ات المنتظمة إلى طبيب الأسنان قد تتم من أجل الحصول على أسنان ولثة سليمة في المستقبل، وبهذا المعنى فإن المريض استثمر في رعاية الفم والأسنان في الحاضر من أجل الحصول على أسنان سليمة في المستقل.

✓ **الخدمات الصحية تعد إنفاقا استهلاكيا:** إن السلع الاستهلاكية هي السلع التيشتريها المستهلك عادتا من أجل الإشباع (المنفعة) التي تقدمها، إما مباشرة في نفس اللحظة الزمنية لاستهلاكها، أو في صورة تدفق من الخدمات، حيث أن شراء المستهلك للأدوية

يعطي إشباعا مباشرا، أما شراء جهاز لقياس السكر أو جهاز قياس الضغط الشخصي يقدم خدمات على مدى فترة زمنية ممتدة.

✓ **الخدمات الصحية خاضعة إلى التدخل والتنظيم الحكومي:** ويبدأ هذا بالتدخل الحكومي التقليدي لوضع القواعد المهنية، في الخدمات الصحية والتي تمثل قواعد توفرها الحكومة لحماية المرضى مثل تراخيص مزاولة المهنة وتنظيمها، والقواعد المحددة لدفع مقابل الخدمات الصحية، كما تشمل التدخل الحكومي في الإنتاج المباشر للخدمات الصحية من خلال وحدات إنتاج مملوكة من الدولة، وغالبا ما ينتج النصيب الأكبر من الخدمات الصحية، ونادرا ما تترك أسواق الخدمات الصحية إلى قواعد السوق الحر.[9]

4- تكلفة الخدمات الصحية:

يعبر على تكلفة الخدمات الصحية: بما يطلق عليه "تكلفة المرض" وهي أحد أهم أنواع التكاليف التي يهتم بدراستها في اقتصاد الصحة، فهو يأخذ النتائج الاجمالية للمرض على المجتمع ككل، كما يعتبر هذا النوع من الدراسة مهم جدا من حيث إظهار فعالية نفقات الصحة وتحديد فيما إذا كانت تعد خسارة للمجتمع أو استثمار حقيقي.

أ- التكلفة الاقتصادية للمرض: إن تكلفة المرض هي الأموال التي إذا لم يتم إنفاقها فعلا وتأجيلها إلى وقت لاحق قد يتسبب في مضاعفة لهذه التكلفة من خلال تفاقم المرض، وبالتالي زيادة المصاريف أو بفعل انتشار المرض بين فئات أكبر في حالة الأمراض المعدية.[10]

إن فكرة حساب تكلفة المريض هي تجميع لكل أنواع التكاليف التي تسبب بها المريض في المجتمع، فالاقتصاديونلاينظرون فقط للتكلفة المالية (مجموع النقود التي قدمها المريض للطبيب)، بل يجب الأخذ في الحسبان لتكاليف تشغيل المستشفى المعالج فيه، وضياع الدخل الافتراضي للمريض ومن حوله وهذه التكلفة تسمى " بالتكلفة الاقتصادية للمرض"، وتقسم هذه التكلفة إلى قسمين:

✓ **التكلفة المباشرة:** وهي التكلفة الحالية للعلاج أو الوقاية، والتي يمكن حسابها باعتبارها جزء من نفقات الصحة، مثل تكاليف العلاج والتشخصيات، الأدوية، الاستشفاء، مصاريف النقل، مع الأخذ في الاعتبار لتكلفة الاهتلاك والقيم المنقولة وغير المنقولة التي ساهمت مباشرة في علاج المرض[11].

✓ **التكاليف الغير مباشرة:** تعد تكلفة المرض أهم بكثير من مجرد مصاريف طبية، إذا أن المريض المصاب يكون غالبا مهدد بالتوقف عن نشاطه المهني، وهذا قد ينجر عنه خسائر لصاحب العمل والمجتمع بصفة عامة، كما أن المريض سيتسبب في فقدان الوقت الذي كان يخصصه المريض لمحيطه (مصاريف حراسة الأطفال، مصاريف زيارات المريض، تنقلات....الخ). كل هذه النفقات يجب أن تؤخذ بعين الاعتبار في حساب التكلفة الإجمالية للمرض، وهذه المصاريف كما نلاحظ غير مباشرة لكنها تعد من طرف الاقتصاديين تكلفة اجتماعية حقيقية.[12]

أ- مستويات تحليل التكلفة: وهناك عدة مستويات لتحليل التكلفة منها:[13]

أ-1 تحليل (تكلفة- فعالية): وهي على شكل تقييم اقتصادي شامل يعبر في آن واحد عن التكاليف والنتائج، وهو يحلل أثر التدخل العلاجي على المريض من أجل القيام في الأخير بمقارنات والحكم فيما إذا كان التدخل الأقل تكلفة قد عاد بفائدة على مستوى النتائج.

أ-2 تحليل (تكلفة- منفعة): أثناء القيام بتدخل علاجي، فإنه يتم تقييم نتائجه على المستوى الكمي والكيفي على الحياة، حيث نبحث عن عدد السنوات الإضافية الناتجة عن كل واحد من هذه التدخلات، على سبيل المثال فإن عملية نزع ورم سرطاني يزيد (10 سنوات) في حياة إمرأة تبلغ 65 سنة وهذا مع ملازمة الألم الذي يجعلها تأخذ أدوية مسكنة وحسب تحليل (تكلفة منفعة) فإن عدد السنوات التي تعيشها زيادة سوف تطول ولكن في ظل جودة حياة أقل.[14]

أ-3- تحليل تكلفة ربح: من أجل إعداد تحليل (تكلفة- ربح) لتدخل علاجي يتم قسمة التكاليف على الأرباح، والتكاليف هنا يجب أن يعبر عن قيمتها الحالية مثل الأرباح (أي

أنه يجب خصم العناصر المنتظرة في المستقبل) فإذا كان العائد أقل من 1 فإن الأرباح أعلى من التكاليف:

$$\text{حاصل تكلفة ربح} = \frac{\text{القيمة الحالية للتكاليف}}{\text{القيمة الحالية للأرباح}}$$

ب- أسباب تضخم تكلفة الخدمات: من بين هذه الأسباب نذكر مايلي:

ب-1/ زيادة وتنوع الطلب:[15]

- ✓ زيادة الطلب على الخدمات الاستشفائية من الزبائن.
- ✓ الاهتمام بالطب الوقائي.
- ✓ الطلب الناتج عن استخدام التقنيات المتطورة الذي أدى إلى زيادة تنوع الخدمات.
- ✓ تنوع الطلب مع زيادة الاحتراف وتكاثر التخصصات.

ب-2/ التغيير الكبير في طبيعة المخرجات[16]:

- ✓ كثافة الخدمة
- ✓ الدرجة العالمية من تقدم وتعقيد الخدمات الاستشفائية.
- ✓ النوعية العالية للخدمة.
- ✓ توظيف عناصر بشرية أكثر وأفضل تدريب و مهارة.
- ✓ توظيف كم أكبر من المدخلات المادية.

ب-3/ النمو السكاني وتزايد معدل توقع الحياة: ترجع عوامل تزايد كم الخدمة الاستشفائية المستهلكة من قبل الفرد لارتفاع أمل الحياة وتزايد نصيب الفرد الواحد من نفقات الخدمة الاستشفائية.

ب-4/ تزايد عرض الخدمات الاستشفائية:

- ✓ زيادة عدد المستشفيات.
- ✓ زيادة حجم الطاقة السريرية (نسبة/ الأسرة/ السكان)

ب-5/ التقدم في المعرفة الطبية والإبداع في التكنولوجيا:

✓ خدمات تشخيص ومعالجة جديدة لم يكن يحلم بها الفرد كنتيجة للثورة المعرفية والتكنولوجية.

✓ فعالية الخدمات الاستشفائية، حيث أصبحت أكثر أمنا وسلامة وفعالية في معالجة الأمراض.

✓ تدريب الأطباء يتم عادة في مستشفيات على درجة عالية من التقدم والتعقيد التكنولوجي.

ب-5/ تحسين وزيادة الوعي الصحي:[17]

✓ تحسين الدخل الأسري والفردي.

✓ تحسين التعليم.

✓ تحسين الثقافة العامة والصحية.

ثانيا- تضخم التكلفة الإستشفائية الناجمة على رتفاع الأسعار:

وهذا أن إنخفاض نسبة الدفع للأشخاص المؤمنين يؤدي إلى زيادة الطلب على الخدمات الصحية وبالتالي رفع أسعارها من طرف الهيئات الصحية المقدمة للخدمة جراء رغباتها في الحصول على تقنيات حديثة باهضة ومكلفة تزيد من تضخم تكلفة الإستشفاءكما سيوضح فيمايلي:

1- **تباين تكلفة الخدمات الإستشفائية وفق نمط التسعير**

أ- تعريف السعر والتسعير: وهما مفهومان:

هنالك عدة تعاريف للسعر تشترك معظمها في إبراز جانب التعبير عن القيمة النقدية للمنتج المعروض للبيع (من قبل المنتج) أو المطلوب للشراء (من قبل المستهلك) ويمكن تعريفه على أنه:[18]

- تعبير على القيمة النقدية التي يدفعها المشتري لقاء الحصول على السلعة أو الخدمة.

- كمية النقود المطلوبة لاكتساب مجموعة منسقة من المنتجات أوالخدمات المرتبطة بها.

فهو قرار وضع الأسعار يتخذ من خلال عملية إدارية متكاملة مع مراعاة جملة أمور تدخل في مفهوم السعر، ويعرف على أنه "وضع أسعار عالية بما يكفي لتغطية التكاليف والحصول على ربح وكذا مناسبة لاجتذاب الزبائن".[19]

ب- التسعير على خدمات المستشفى:

إن تطبيق السعر على خدمات المستشفى يطرح العديد من المشاكل ويفرض مراجعة مستمرة لهذه الأخيرة تسمح بجعل الأسعار ليست بالمرتفعة جدا ولا المنخفضة إلا الأقل من الضروري، ونجد أن أنماط التسعير تؤثر على تكاليف العلاج زيادتا ونقصانا، وفيما يلي أهم أنواعالتسعير في المستشفيات وأثرها في زيادة التكاليف[20]:

ب-1/ التسعير حسب اليوم:

وهي فوترة المصاريف إلى المريض أوجهة تأمينه عن كل يوم قضاه في المستشفى، ويتم حسابه للسنة الموالية بشكل بسيط عن طريق حاصل قسمة النفقات الإجمالية للسنة الفارطة على العدد الإجمالي لأيام الإستشفاءحسب الحالات وسعر اليوم، ويمكن أن يؤسس لمصلحة واحدة أو مجموعة من المصالح (طب، جراحة،...).

ويعد هذا النوع من التسعير غير جيد، لاعتماده طريقة جزافية في التقدير خصوصا وأن المرضى لا يطلبون نفس العلاج، كما أن التكلفة تختلف حسب المصالح،بالإضافة إلى أن التسعير حسب هذا النمط يجعل إيرادات المستشفى مرتبطة بعدد أيام الإستشفاء المنجزة، ومنه فإن المصلحة لا تتردد في مد أيام الإستشفاء للمرضى بأكثر ممانتطلبه حالتهم، كما أنه لا يحفز على الإقتصاد، والتحكم في النشاطات لأن الفائدة المالية للمستشفى تتعارض مع فائدة الإقتصاد العام.وغالبا ما يؤدي هذا النظام إلى تزايد كبير في النفقات وا لى ميزانيات تكميلية، مما أدى إلى البحث في أنماط أخرى للتسعير .

ب-2/ التسعير حسب الميزانية العامة:

لقد حكم على نظام الدفع حسب سعر اليوم بالتضخميمما شجع على انحراف النفقات الإستشفائية، حيث لم يسمح بتحديد وتخفيض نمو النشاطات لذا فقد ترك مكانه بسرعة للميزانية العامة، التي بقيت ولفترة طويلة الطريقة المثلى للتمويل، والتي لا يزال العمل بها مستمرا في العديد من الدول كتسعير وحيد أوبمشاركة أنظمة تسعير أخرى، و المبدأ يتمثل في منح كل مؤسسة علاج في بداية كل سنةميزانية محددة بدلالة نفقات السنة السابقة مع تطبيق نسبة نمو محددة من السلطات الصحية في كل سنة جديدة.

إن في هذا النوع تحديد للنشاط بالنسبة للمؤسسات الإستشفائية النشطة، التي تجد نفسها أمامسقف تمويلي لايمكنتجاوزهبينما المؤسسات ذات النشاط الضئيل يمكن أن تحافظ على ميزانيتها الداخلية،إلاأنالتسعيرحسب الميزانية العامة بدأ يهجر تدريجيا لفائدة أنماط أخرى من التسعير.

ب-3/ التسعير حسب المرض: من أجل البحث عن الفعالية بين عارضي العلاج أدى هذا بالعديد من الدول إلى تخيل ميكانيزمات دفع مؤسسة على تسعيرات ثابتة "للنتائج"، "للإقامة"، "للنشاط"، هذا النمط من الدفع يقوم على أساس التنبؤ ويعتمد على تسعيرة مرجعية؛حيث يكون المبلغ محدد مسبقا قبل فترة إنتاج الخدمة من السلطة الصحية والمستشفيات وبالتاليتكلفة مخالفة عن التكلفة الحقيقية.

ولقد كان الهدف الرئيسي من تطبيق هذا النموذج هو دفع المستشفيات على خفض التكاليف في العلاجات الخاصة بالمريض، لأنه إذ قامت المؤسسة الإستشفائيةبإستخدام موارد أكثر من المتوقع في التسعير فسيكون من الصعب عليها التكفل بهذا المرض، وبالمقابل فإن المستشفى، (أين تكون تكلفة الإنتاج منخفضة عن التسعير المرجعي) ستحقق فائض، وعليه فإن هذا النظام يحث المؤسسات الإستشفائية على مراقبة تكاليفها لضمان وضعية متوازنة.

ب-4/ الدفع حسب النشاط:

هذا النظام للتسعير يعتمد على التمويل حسب النشاط الفعلي، وهنا تقوم المؤسسات الإستشفائية بالتعويض حسب النشاط الفعلي، وتقوم المؤسسات الإستشفائية بدورها بتعويض كل مريض بشكل فردي،وهذا النظام مستخدم في العديد من الدول المتطورة مثل فرنسا بريطانيا .....، إلا أن ما يعاب عليه أثناء تطبيقه لجوء المستشفيات إلى تمديد فترة الإقامة وزيادة تكاليف العلاجللحصول على تسعير أكبر.

ب-5/ الدفع حسب الرؤوس:

إن التسعير حسب النشاط سيكون أقل تبنى في المستقبل في الدول المتطورة، خصوصامع آثار الإنتشار الوبائي والإرتفاع المتزايد لبعض الأمراض المزمنة، ومشاكل الأمراض الجماعية في العواصم الكبرى المتحضرة،ممأأدى إلى إعادة التفكير في نمط التسعير حسب النشاط؛ الذي إرتبط بشكل كبير بحجم النشاط الاستشفائي، ولم يأخذ في الإعتبار النشاطات الأخرى الخاصة بالعلاج والوقاية، الشيء الذي أعطى المجال لنمط التسعير حسب الرؤوس أن ينجح كبديل عنه؛لضمه النشاطات الوقائية والوبائية أثناء التسعير، ويبدو أن هذا النمط من الدفع كان أكثر تكيفا مع التحولات الوبائية، وفي التكفل بالأمراض المزمنة حيث أصبح التكفل بالمريض كلي.

وقد أصبحت العقود في بعض المستشفيات التي تبنت هذا النمط في التسعير،تقوم على مفاوضات مع الممثلين المعنيين،لإضافة العلاجات المتخصصة الإستشفائية، وعلاجات الصحة الأولية، ومجموع الخدمات غير الإستشفائية التي لم تكن محتواة في العقد سابقا،حيث تم دمج العلاجات الأولية وترقية الصحة والوقاية والصحة التعليمة في هذا النمط من التسعير.

ويمكن القول أن الفائدة من وراء نمط الدفع الخاص بالضريبة على الرؤوس هو تطوير برامج الوقاية وترقية الصحة. للحصول على أفضل حالة صحية ممكنة للسكان وتنظيم

التكفل بالطريقة الأكثر مردودية، وهذا من شأنه تطوير برنامج الصحة العمومية ويحرص على تطوير سياسة وقائية.

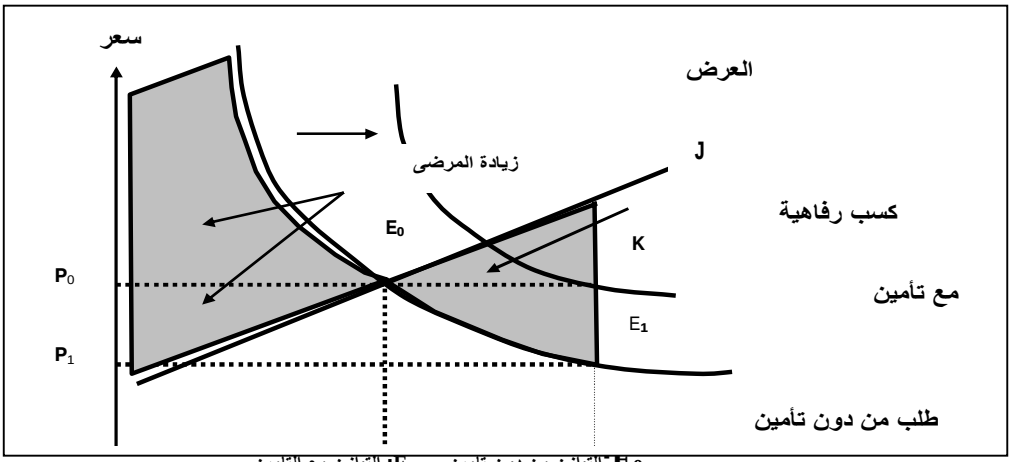
ثالثا - أثر إنخفاض نسبة الدفع للمرضى في زيادة الطلب وتضخم التكلفة الإستشفائية:

إن التأمين الصحي يؤدي إلى تخفيض نسبة الدفع على إجمالي سعر الخدمات التي يتحملها المريض ومنه زيادة الطلب على الخدمات الإستشفائية كالتالي:

1. **أثر التأمين الصحي على طلب وعرض العلاج:**

إن التأمينات الصحية تخفض تكلفة العلاجات للمؤمن عن طريق "الدفع من قبل الغير" لتكاليف العلاج، ويلاحظ إرتفاع الطلب على العلاج كلما كانت التغطية من التأمينات المرضية مرتفعة مما يحرك طلب العلاج نحو اليمين مقارنة مع طلب عادي، حيث أن المؤمن ينفق أكثر من المريض غير المؤمن كما هو مبين في الشكل التالي:[21]

الشكل رقم (2)الطلب في ظل وجود وا إنعدام التأمين الصحي



.1 E_0: التوازن من دون تامين E_1: التوازن مع التامين

المصدر: Béatrice Manjoni d'Intignono, **Economie de la santé** .Paris,.presses universitaire de France, 2001, p:303

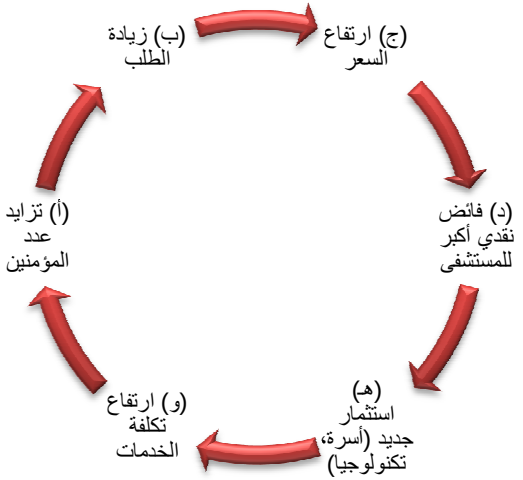
يوضح الشكل الأثر الخاص بالتأمينات على السعر وعلى حجم العلاج المستهلك وعلى الرفاهية الفردية والجماعية،فهو يوضح عرض وطلب العلاج، حيث أن العرض "o" يزداد مع السعر وبالمقابل الطلب "D_0" ينخفض مع السعر ليحدد توازن الأسعار والكميات التي يرغب كل من المرضى و الأطباء تبادلها في السوق من دون تأمين في النقطة "E_0 " التي يكون السوق عندها في حالة توازن في تقاطع دوال العرض والطلب في سعر p_0 ولأجل كمية q_0، أما الجزء في الشكل الذي يحوي في اليمين p_0 ومنحنى الطلب يشكلون "إضافة للمستهلك" ويشيرون إلى ما هو مستعد إلى دفعه إذا كان سعر التوازن أكثر إرتفاع.

ماذا يحدث على المستوى الفردي إذا أضفنا التأمين؟ إنه سوف يخفض سعر الوصول للعلاج من أجل مريض مؤمن في p1 بمستوى توازن جديد E_1 وحجم علاجات مستهلك أعلى q1، والزيادة في الإستهلاك للمريض ترتفع في المساحة p_0 E_0 p_1.

ونفس السؤال يطرح على المستوى الجماعي، (ماذا يحدث في حالة التأمين على المستوى الجماعي؟) والإجابة هي كسب في الرفاهية بالمساحة E_0 J E_1 ، لأن كمية أعلى من العلاجات q0 q1 هي مصحوبة بسعر وصول جد ضعيف، وبالنسبة للأطباء كسب في النشاط q_0 q_1 ودخل K E_0 E_1.[22]

2. تضخم تكلفة المستشفيات الناتج عن زيادة الطلب:إن زيادة الطلب على الخدمات سوف يؤدي إلى ارتفاع سعر هذه الخدماتاولى ز يادة دخل المستشفيات كنتيجة لزيادة الطلب على خدماتها، مما يمكن المستشفيات من زيادة الأجور والحصول على مدخلات جديدة ومرتفعة التكلفة (تكنولوجيا جديدة، مواد، عناصر بشرية متخصصة لدعم الرعاية الاستشفائية)[23] وهذا ما يعرف بدورة التضخم للتكلفة التي تجد المستشفيات نفسها فيها كما يوضح الشكل التالي:

الشكل رقم(3): الدورة التضخمية لتكلفة الخدمة الإستشفائية



المصدر:فريد توفيق نصيرات، **إدارة المستشفيات**. الشارقة، مكتبة الجامعة، 2008، **ص: 330.**

رابعا - حلول ومقترحات لتخفيض تكلفة الخدمات الاستشفائية:

تعتبر مشكلة التزايد الكبير والمستمر في تكلفة الخدمات الاستشفائية من المشاكل المعقدة جدا والتي تتطلب تبني حلول واستراتيجيات معينة لتفادي تضخم التكاليف، إلا أنه من المنطقي وبالذات في هذا النوع من الخدمات أن نركز على الاستعمال الأمثل والاقتصادي للخدمات الاستشفائية بشكل لايتعارض مع الممارسة الطبية ذات الجودة وذلك من خلال[24]:

1. تبني بدائل أقل تكلفة لتقديم بعض الخدمات التي يقدمها المستشفى حاليا مثل الجراحة النهارية، والخدمات الخارجية، كما أن الخدمات المنزلية يمكن أن تغني عن كل أوبعض الأيام الاستشفائية للكثير من المرضي.
2. إدخال بنود جديدة في سياسات التأمين الصحي على شكل:

✓ مبالغ مقتطعة من الفاتورة يتحملها المستهلك.

✓ تقليص نسبة التغطية للتأمين الصحي.

✓ تحديد وتقليص حجم الخدمات المغطاة.

3. ضبط وترشيد التزايد في استعمال المستشفى عن طريق:

✓ الرقابة والتقييم الخارجي على حسن استعمال المستشفى لموارده.

✓ تشجيع التخطيط لمزيد من الخدمات الخارجية البديلة.

✓ تحديد العرض المتزايد على الخدمات الاستشفائية من خلال التخطيط السليم.

4. تنمية التعاون بين المستشفيات والتكامل في تقديم خدمات مشتركة في مجالات واسعة مثل: خدمات المختبرات والأشعة، والتحاليل وأنظمة المعلومات...

5. التوجه نحو التنظيم الإقليمي للخدمات الاستشفائية لمنع الازدواجية في الخدمات ولتنظيم وترشيد استعمال الخدمات والتكامل بين مقدمين الرعاية الاستشفائية.

6. تبني ممارسة إدارية حديثة لتحسين كفاءة التشغيل والاستفادة من طروحات الإدارة العلمية من حيث تبين معايير محددة للأداء وهندسة العمليات بما يحسن كفاءة العمليات في المستشفيات.

7. تشجيع الطلب الوقائي، حيث أن الرعاية الاستشفائية تستهلك موارد كثيرة على الوقاية كحل لمشكلة التكلفة و لعظيم مردودها على صحة الفرد و المجتمع ككل.

الخاتمة:

إن الخدمات الإستشفائية هي الأكثر كلفة مقارنة مع الخدمات الأخرى، لذا يجب على المستشفياتالتحكم في التكاليف المتزايدة من خلال تبني أنماط تسعير تضمن عدالة الوصول إلى العلاجات مع ترشيد الطلب على الإستشفاء من طرف المرضى، خصوصا المستفيدين من التأمين الصحي.

- **المراجع والإحالات:**

[1]- فريد توفيق نصيرات، **إدارة المستشفيات**. الشارقة، مكتبة الجامعة، 2008، ص: 51.

[2]- فريد توفيق نصيرات، مرجع سابق، ص:52.

[3]- العلواني عديلة، **أنماط التعاقد في الأنظمة الصحية**.الجزائر، دار هومة للنشر والتوزيع،2014، ص ص:49-50.

[4]- فريد توفيق نصيرات، نفس المرجع، ص66.

[5] - Michel angelloz – Nicoud. **La réforme du mode de financement des établissements de santé** ,Bordeaux,Les études hospitalière éditions, 2005, p :23

[6]- العلواني عديلة، **أنماط التعاقد في الأنظمة الصحية**. مرجع سابق،ص ص:52،53.

[7]- طلعت الدمرداش، إقتصاديات الخدمات الصحية. مصر، مكتبة القدس الزقازيق،1999،ص ص:24،25.

[8]- طلعت الدمرداش، مرجع سابق، ص33.

[9]- طلعت الدمرداش، مرجع سابق، ص34.

[10]- AberesniakG.Duru, **Economie de la santé**, Paris, édition de seuil, 2000,5éme édition, p :77.

[11]-AberesniakG.Duru, Op.cit, p :78.

[12]-AberesniakG.Duru, Op.cit, p :79.

[13]-العلواني عديلة، **أسس إقتصاد الصحة**. الجزائر، دار هومة للنشر والتوزيع، 2014، ص ص:39،40.

[14]- OMS,**Economiedela santé**. édition provisoire, 2003, p :24.

[15]-ثامر ياسر البكري، **تسويق الخدمات الصحية**.عمان- الأردن، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، 2005، ص:263.

[16]- توفيق نصيرات،مرجع سابق، ص:327.

[17]-فريد توفيق نصيرات، مرجع سابق، ص:329.

[18]-ثامر ياسر البكري، مرجع سابق، ص:261.

[19]-نفس المرجع، ص:261.

[20]- Patrick Mordelet, Op.cit, pp: 115, 116.

[21]- العلواني عديلة، **انماط التعاقد في الأنظمة الصحية**، مرجع سابق،ص:80.

[22]-Béatrice Manjoni d'Intignono, **Economie de la santé**.Paris, presses universitaire de France, 2001, p: 302.

[23]-Ibid,p :322.

[24]-فريد توفيق نصيرات، مرجع سابق، ص ص: 335-336.